



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO - DOL**

Wallace Ferreira da Silva

**DO TRAUMA DENTÁRIO NA INFÂNCIA À REABILITAÇÃO ORAL NA VIDA
ADULTA: RELATO DE CASO**

**LAGARTO
2019**

Wallace Ferreira da Silva

**DO TRAUMA DENTÁRIO NA INFÂNCIA À REABILITAÇÃO ORAL NA VIDA
ADULTA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora, como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientador: Paulo Henrique Luiz de Freitas

**LAGARTO
2019**

FOLHA DE APROVAÇÃO

WALLACE FERREIRA DA SILVA

DO TRAUMA DENTÁRIO NA INFÂNCIA À REABILITAÇÃO ORAL NA VIDA
ADULTA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca examinadora, como requisito final para a
obtenção do grau de Bacharel em Odontologia
pela Universidade Federal de Sergipe.

Aprovado em: ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas
Departamento de Odontologia - DOL

Prof. Dr. Márcio Luiz Lima Taga
Departamento de Odontologia - DOL

Prof. Me. Gustavo Almeida Souza
Odontologia - UniAges

Agradecimentos

Este é um momento muito importante para mim. Hoje entrego minha monografia e inicio uma nova etapa de vida.

Nada disso teria sido possível se não fosse por Deus, que iluminou meu caminho ao longo desta jornada.

*Quero agradecer, também, a **UFS** esta instituição de ensino que me proporcionou momentos e ensinamentos que vou levar comigo para sempre.*

Aos meus professores e professoras, deixo também meu agradecimento por tudo que aprendi com vocês.

*Em especial ao meu orientador **Paulo Henrique Luiz de Freitas** por todo apoio e paciência ao longo da elaboração do meu projeto final.*

Agradeço imensamente aos profissionais que se fizeram presentes e se dedicaram para que esse trabalho fosse possível, Candice Raquel, Idiana, Luiz Neto, Paulo Henrique e Simone.

Agradeço à minha família e minha namorada, que sempre me incentivaram e garantiram que eu não desistisse nunca.

Aos meus amigos deixo aqui minha gratidão, pois foram eles que fizeram com que eu seguisse sempre de cabeça erguida.

Agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada ao meu lado.

Que venha o futuro!

"Ninguém baterá tão forte quanto a vida. Porém, não se trata de quão forte pode bater, se trata de quão forte pode ser atingido e continuar seguindo em frente. É assim que a vitória é conquistada."

- Rocky Balboa

RESUMO

O trauma dentoalveolar tem prevalência e reflexos significativos, principalmente quando estão envolvidos dentes maxilares anteriores. Ao comprometer a função e a estética de um indivíduo, o comportamento também é afetado – muitas vezes negativamente. O trauma dentário deve ser considerado uma urgência e requer tratamento imediato para facilitar o reposicionamento dos dentes deslocados, controlar a dor de forma efetiva e melhorar o prognóstico. Neste trabalho, relatamos um caso clínico de um paciente com histórico de traumatismo dentário na infância que, embora tenha recebido a devida atenção odontológica, evoluiu de forma insatisfatória e culminou na perda de dois incisivos centrais superiores. No relato, são detalhadas as decisões clínicas destinadas a preservar ou regenerar as estruturas de proteção e suporte periodontal visando a reabilitação oral suportada por implantes osseointegrados.

Palavras-chave: Traumatismo dentários; Prótese Dentária; Implante dentário.

ABSTRACT

Dentoalveolar trauma is a prevalent and consequential traumatic condition, especially when the anterior maxillary teeth are involved. When one's oral function and aesthetics are compromised due to trauma, one's behavior is also affected - often negatively so. Dental trauma must always be considered an emergency requiring immediate management to facilitate the repositioning of displaced teeth, to control pain effectively and to improve prognosis. In this work, we report on a patient with a history of dental trauma during childhood. While the patient received adequate dental care at the time of injury, the case evolved unsatisfactorily with the loss of the two upper central incisors. In this report, we highlighted the clinical decisions taken, which were aimed at preserving or regenerating the periodontal structures to allow for oral rehabilitation supported by osseointegrated implants.

Keywords: Traumatism Dental; Prothesis Dental; Implant dental.

LISTA DE IMAGENS

Figura 1: Consulta inicial.....	12
Figura 2: Pré primeira Ortodontia.....	13
Figura 3: Radiografia Diagnóstica	14
Figura 4 Sepultamento Radicular.....	14
Figura 5: Tomografia Pós Sepultamento Radicular	15
Figura 6: Tratamento Ortodôntico iniciado e Mantenedor em posição	15
Figura 7: Regeneração Óssea Guiada.....	16
Figura 8: Pós cirurgia de enxerto ósseo.....	17
Figura 9: Instalação de Implantes Osseointegráveis.....	18
Figura 10: Instalação de Implantes Osseointegráveis.....	18
Figura 11: Tomografia pós instalação de implantes	19
Figura 12: Instalação de Provisórios Implanto-suportados.	19
Figura 13: Instalação de Provisórios Implanto-suportados.....	20
Figura 14: 21 dias após intalação das coroas provisórias, inicio da formação da papila interdental.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 RELATO DE CASO	12
3 DISCUSSÃO.....	21
4 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário acomete grande parte da população pediátrica e costuma resultar em perdas dentárias precoces, seja no momento do acidente, durante o tratamento ou mesmo anos após a injúria.

A extensão do traumatismo dentário e suas repercussões nos tecidos de sustentação são diretamente proporcionais à energia de impacto. Um golpe de baixa velocidade causa um dano maior às estruturas de sustentação, porém fraturas dentárias menos pronunciadas. Em contrapartida, impactos em alta velocidade proporcionam uma maior incidência de fraturas dentárias, contudo com menor dano às estruturas de sustentação. (ANDREASEN, 1970a)

As fraturas coronárias e as luxações representam os tipos de traumatismo dentário mais frequentes. Uma condição particularmente importante é a luxação intrusiva, lesão que envolve deslocamento axial do dente em direção ao osso alveolar (ALENCAR et al., 2007). Segundo Dewhurst et al. (1998), a luxação intrusiva é a mais severa das luxações, pois apesar da permanência do dente no alvéolo, suas possíveis consequências incluem necrose pulpar, reabsorção radicular, obliteração do canal e perda de suporte marginal. Também com base no estudo de Andreasen (1970b), a necrose pulpar, a reabsorção radicular e a perda de suporte ósseo marginal parecem ser as complicações mais frequentes das luxações intrusivas, sendo a primeira mais comuns em dentes com formação radicular completa e as duas últimas diretamente relacionadas ao grau do trauma infligido ao periodonto. Vale ainda ressaltar a baixa incidência de obliterações pulpares em dentes com luxações intrusivas e rizogênese completa.

Segundo Von Arx (2000), o grau de intrusão em relação à profundidade de penetração no alvéolo é classificado em três níveis: o grau I representa a intrusão parcial suave, na qual mais de 50% da coroa dentária é visível; o grau II é representado pela intrusão parcial moderada, em que menos de 50% da coroa é visível; o grau III é considerado como intrusão severa ou total da coroa, normalmente associada a fraturas alveolares.

As fraturas alveolares geralmente estão relacionadas ao deslocamento de um ou mais dentes em consequência de uma lesão traumática. Nas luxações intrusivas, frequentemente a porção apical do dente penetra uma das paredes alveolares. Fraturas em bloco, embora possíveis, costumam resultar de traumas mais

graves (DALE, 2000).

Seguindo as Diretrizes da Associação Internacional de Traumatologia Dentária para a abordagem de lesões dentárias traumáticas (FLORES et al., 2012), em casos de luxação intrusiva grau III aqueles dentes com intrusão maior que 7mm devem ser reposicionados através de procedimento cirúrgico e estabilizados por contenção semirrígida. Além disso, sabe-se que a polpa dos dentes com rizogênese completa intruídos provavelmente sofrerá necrose. Portanto, o tratamento endodôntico precoce deve ser iniciado em 2-3 semanas após a cirurgia de reposicionamento, com utilização de medicação de hidróxido de cálcio.

Apesar de todo o conhecimento clínico e da literatura científica sobre o tema, a imprevisibilidade biológica faz com que, mesmo nos casos em que os protocolos preconizados são obedecidos, exista a possibilidade de perda do elemento traumatizado após alguns anos. Geralmente, a perda dentária é resultado das sequelas do trauma como a exacerbada reabsorção radicular, somada ou não à perda de suporte marginal. Nesses casos, é comum a opção pela reabilitação oral com prótese implanto-suportada com ou sem necessidade de enxertia.

2 RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos de idade, gênero masculino, compareceu ao consultório odontológico relatando surgimento de pequena fratura na região cervical do dente 11, precedida pelo surgimento de uma mancha rósea na região. Ao exame clínico intrabucal, observava-se nos incisivos superiores inflamação gengival, alteração de cor (escurecimento), além de maloclusão caracterizada por desnível da linha incisal desses dentes.(FIGURA 1)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 1: Consulta inicial

Durante a anamnese, o paciente relatou histórico de trauma nos dentes permanentes 11 e 21 por volta dos 7-8 anos de idade, resultando em luxações intrusivas de grau III, com fratura coronária, rompimento do assoalho da base do nariz, fratura do osso alveolar e desorganização do processo alveolar da região. No atendimento de urgência, os elementos dentários foram reposicionados e estabilizados por uma contenção semirrígida com fio ortodôntico fixado com resina composta durante 12 semanas, com posterior acompanhamento clínico-radiográfico mensal durante 1 ano. Estabilizado o quadro pós-trauma, os dentes 11 e 21 foram submetidos a tratamento endodôntico com o intuito de prevenir uma piora clínica associada a infecções endodônticas. Seis anos após o tratamento da lesão, o paciente realizou seu primeiro tratamento ortodôntico, com duração de 5 anos (FIGURA 2) Após esse período de finalização do primeiro tratamento ortodôntico, realiza-se a consulta inicial supracitada, já se encontrando com contenção lingual inferior e uso de contenção removível superior.



Figura 2: Pré primeira Ortodontia

Ao exame radiográfico periapical 12 anos após o trauma observou-se radiolusência indicativa de reabsorção radicular interna no terço médio das raízes de 11 e 21 e espessamento do ligamento periodontal na região apical dos dentes 12 e 22 (FIGURA 3). Após a realização do exame de tomografia computadorizada de feixe cônico, comprovou-se a reabsorção inflamatória externa dos dentes 11 e 21 nos cortes coronal e sagital. Para endereçar a sugestão de comprometimento pulpar dos dentes 12 e 22, o paciente foi encaminhado a um especialista em endodontia para tratamento endodôntico das duas unidades.



Figura 3: Radiografia Diagnóstica

Consideradas as informações clínico-radiográficas, concluiu-se pela impossibilidade de conservar as unidades 11 e 21. O planejamento de reabilitação oral iniciou-se com a confecção de modelos de estudo para análise da área a ser reabilitada com auxílio da tomografia computadorizada, devido a necessidade de saber se a área oferecia espaço suficiente para a instalação de dois implantes dentários.

Para normalização da situação gengival na região de 11 e 21, optou-se pelo sepultamento das raízes desses dentes, buscando-se a eliminação do processo inflamatório local e formação de faixa adequada de tecido queratinizado (FIGURA 4 e 5). Além disso, foi sugerido um retratamento ortodôntico para melhora da estabilidade oclusal, da sobressaliência e da sobre mordida, bem como forma de provisionalização dos incisivos centrais superiores (FIGURA 6). Como auxiliar ao tratamento, propôs-se a exodontia dos terceiros molares



Figura 4 Sepultamento Radicular

Fonte: Acervo Pessoal

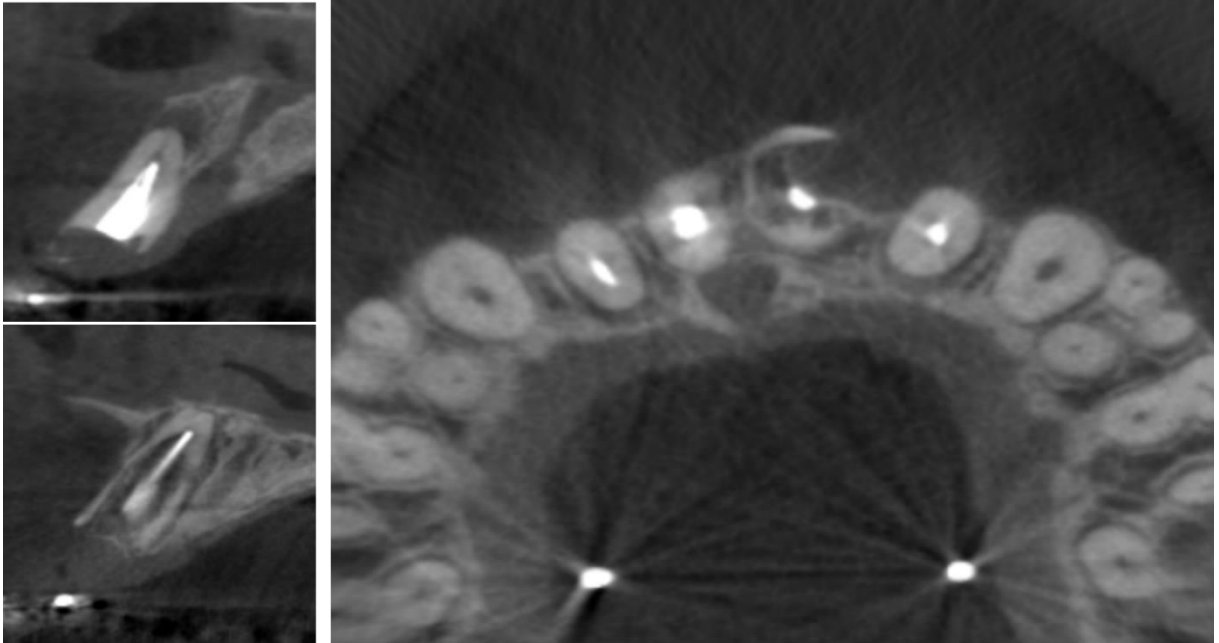
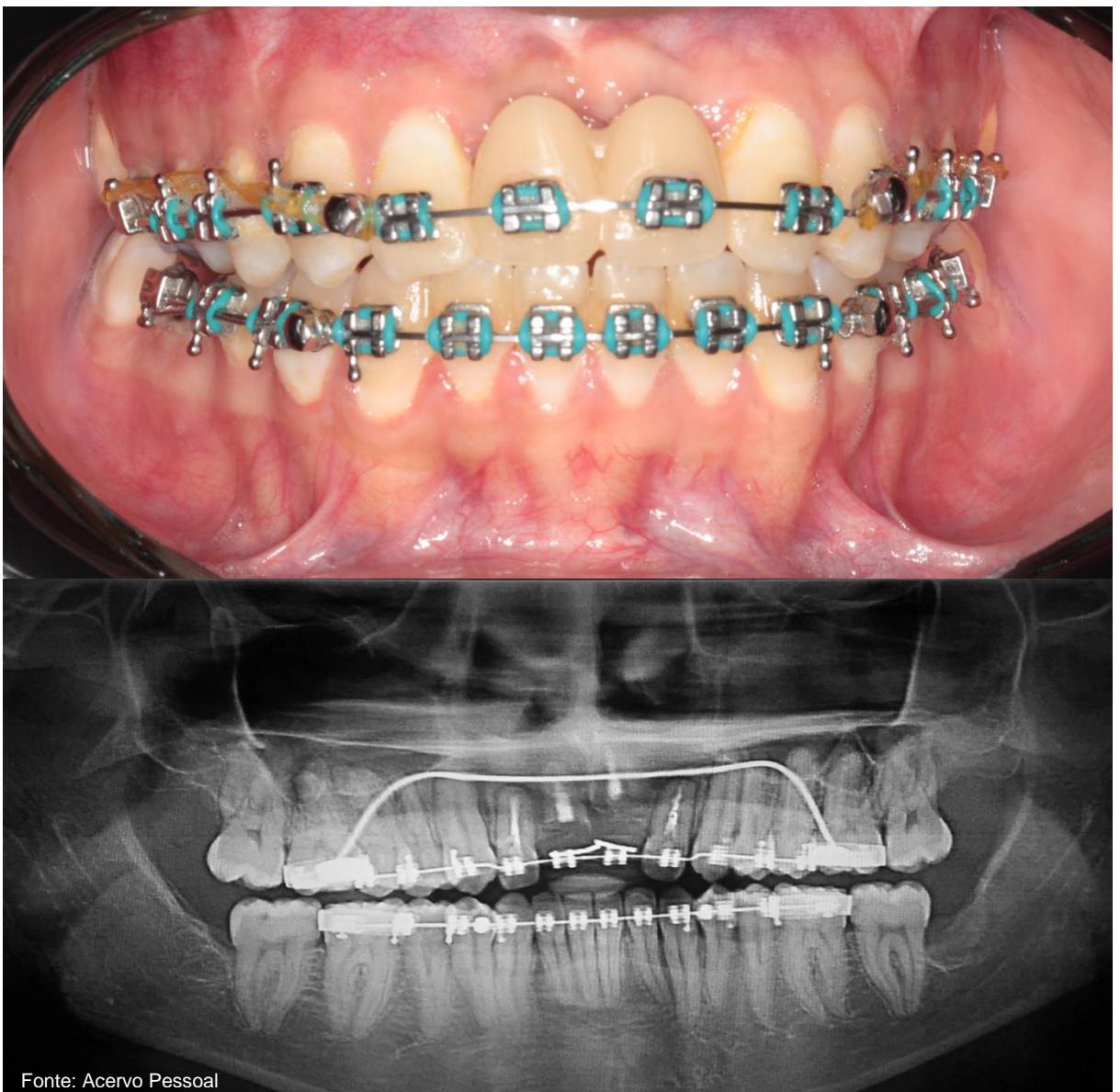


Figura 5: Tomografia Pós Sepultamento Radicular



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 6: Tratamento Ortodôntico iniciado e Mantenedor em posição

Oito meses após o início do tratamento ortodôntico, realizou-se a cirurgia para exodontia das raízes residuais de 11 e 21, e manobras de preservação alveolar com regeneração óssea guiada por meio de substituto ósseo (Bio-Oss granulado, Geistlich Pharma AG, Suíça) e membrana absorvível (Bio-Gide, Geistlich Pharma). O procedimento transcorreu sem intercorrências (FIGURA 7).

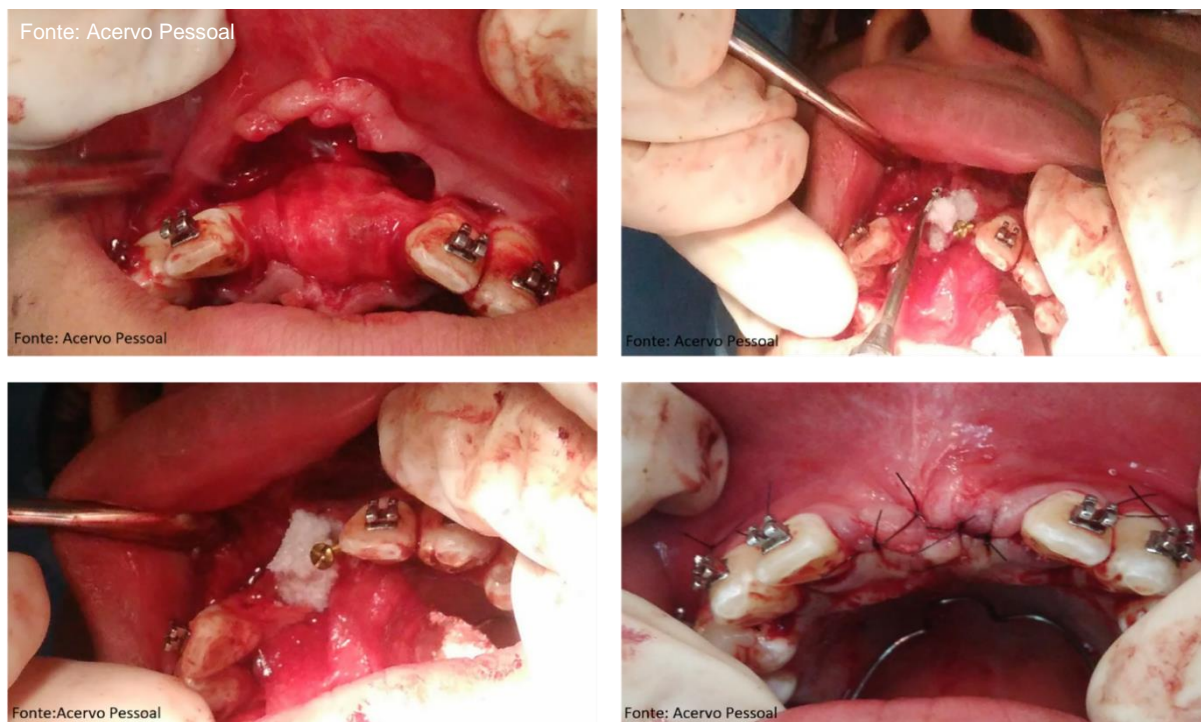


Figura 7: Regeneração Óssea Guiada

Após 10 meses da regeneração óssea guiada e da análise do ganho tecidual resultante do procedimento (FIGURA 8), solicitou-se ao profissional de ortodontia a distalização das raízes dos incisivos laterais superiores para facilitar a instalação de dois implantes unitários (Bone Level NC SLA 3.3 x 10 mm, Institut Straumann AG, Suíça) (FIGURA 9 e 10).

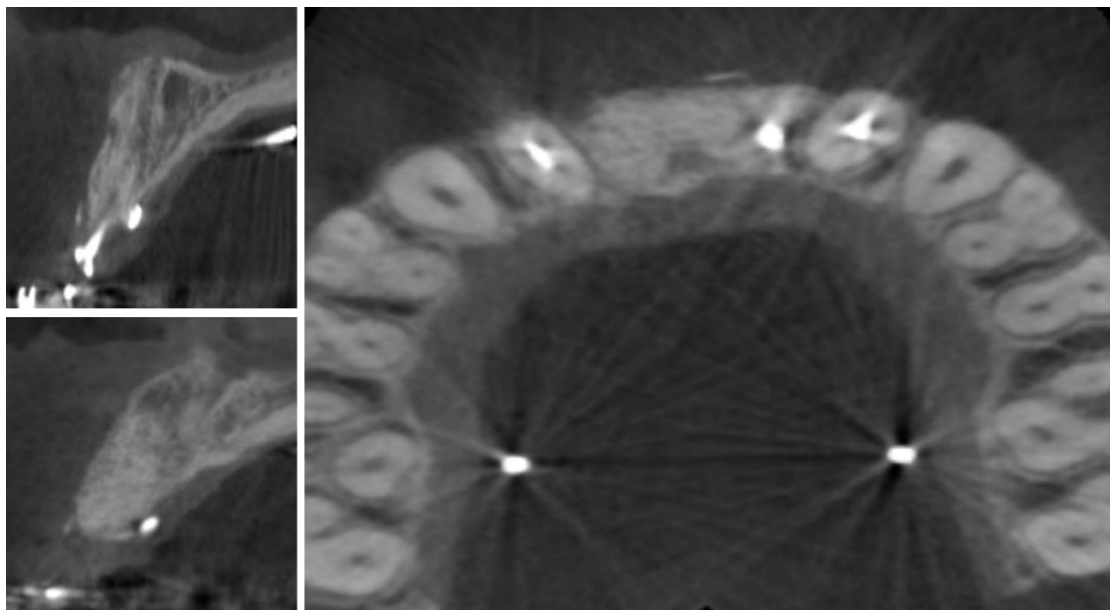


Figura 8: Pós cirurgia de enxerto ósseo

Durante a instalação, não se verificou torque suficiente para provisionalização imediata, tendo os implantes sido protegidos com cicatrizadores de baixo perfil e deixados sem carga.

Perante a necessidade de refinamento da movimentação ortodôntica, após 8 meses da instalação dos implantes (FIGURA 11) procedeu-se a confecção de próteses provisórias implanto-suportadas para proporcionar ancoragem e melhorar o posicionamento dos incisivos laterais (FIGURA 12 e 13).

A instalação destas coroas implanto-suportadas na região dos dentes 11 e 21, também se pôs como um artifício na tentativa de formação de papila interdental na área de reabilitação com a finalidade de eliminação do “*Black space*”, que demonstrou características de formação 21 dias após instalação das coroas. (FIGURA 14).



Figura 9: Instalação de Implantes Osseointegráveis. A. Adaptação do Guia Cirúrgico e Provisório; B. Visualização do Sítio Cirúrgico; C. Perfuração Inicial; D. Posicionador para implante usado na avaliação de angulações; E. Perfuração Final.

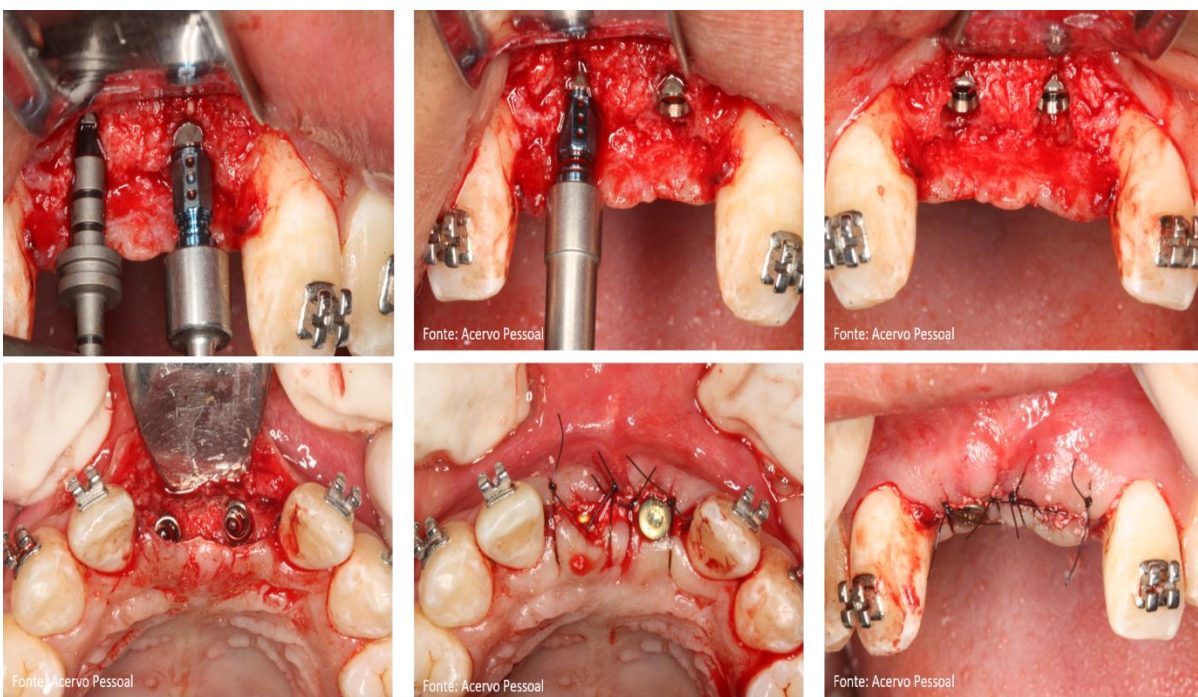


Figura 10: Instalação de Implantes Osseointegráveis. A. Instalação do Primeiro Implante; B. Instalação do Segundo Implante; C e D: Implantes em posição por visualização vestibular e Oclusal, respectivamente; E e F: Finalização da Cirurgia com cicatrização e suturas, visualização oclusal e vestibular, respectivamente.

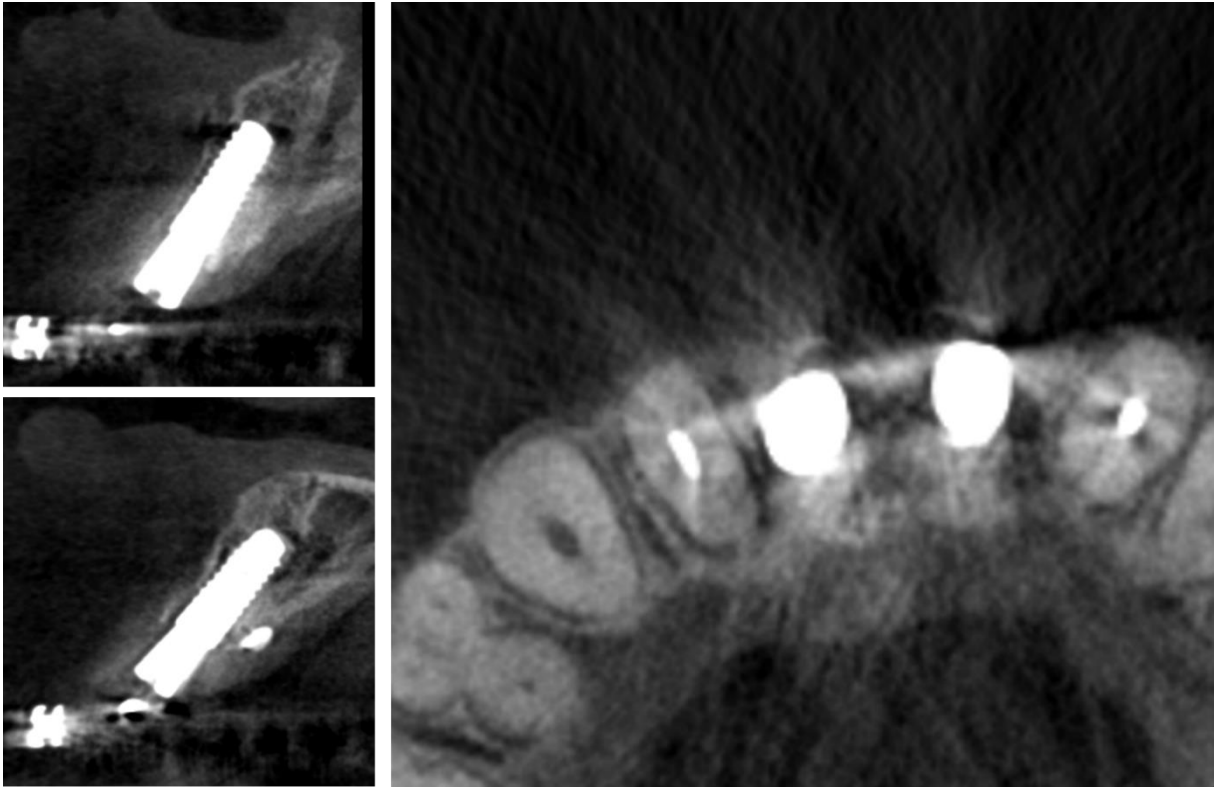


Figura 11: Tomografia pós instalação de implantes



Figura 12: Instalação de Provisórios Implanto-suportados. **A e B.** Visualização vestibular e oclusal dos implantes com cicatrizadores; **C e D.** Visualização oclusal e vestibular pós remoção de cicatrizador; **E.** Teste de adaptação do provisório para carga tardia.



Figura 13: Instalação de Provisórios Implanto-suportados. A. Abertura da Janela de cingulo, pilares cicatrizadores já instalados; B. Fechamento da janela de cingulo e gravação da posição dos pilares. C. Visão vestibular dos provisórios. D. Perfil de emergência confeccionando. E e F. Provisório com perfil de emergência instalado.



Figura 14: 21 dias após instalação das coroas provisórias, início da formação da papila interdental. A. Fechamento do "black space"; B e C. Visualização do perfil de emergência gengival por oclusal e vestibular, respectivamente. D e E. Desgaste para facilitação da movimentação ortodôntica dos incisivos laterais.

Finalizado o tratamento ortodôntico, realizou-se moldagem anatômica para enceramento e planejamento da estética final dos dentes anteriores. Concluiu-se pela necessidade de desgastes seletivos na mesial dos dentes 12 e 22, confecção e instalação de lentes de contato dentais nestes, além de confecção e instalação de coroas de cerâmica pura nos implantes em posição de 11 e 21.

3 DISCUSSÃO

No contexto do traumatismo dentário, é fundamental destacar a importância da consulta de urgência para o prognóstico dos dentes envolvidos. Segundo Guedes-Pinto (2003), o atendimento de pacientes com trauma dentário consiste, de forma geral, em:

- controlar a ansiedade dos pais;
- realizar uma anamnese resumida (identificação do paciente, estado de saúde, uso de medicamentos e alergias);
- esclarecer a história do trauma;
- identificar sintomas gerais;
- condicionar o comportamento da criança;
- conduzir um bom exame clínico e uma boa limpeza da área traumatizada para elaboração do diagnóstico (preferencialmente complementado por exame de imagem); e
- definir um plano de tratamento.

No caso aqui relatado, houve uma luxação intrusiva de grau III associada a uma fratura do processo alveolar. Segundo as diretrizes da IADT, luxações deste grau devem ser acompanhadas clínica e radiograficamente de forma regular após o reposicionamento cirúrgico e estabilização do dente traumatizado com contenção semirrígida por 4 à 8 semanas (FLORES et al., 2012). Após o trauma, as unidades 11 e 21 foram submetidas a tratamento endodôntico 2 semanas após o trauma. Tal tipo de lesão produziu, no caso em tela, reabsorção inflamatória externa dos dentes envolvidos. Combinados, esses fenômenos provocaram perda de tecido duro radicular e inflamação hiperplásica do periodonto de proteção. Com o intuito de preservar o volume ósseo e de remover os fatores retentivos que provocavam a inflamação periodontal, optou-se pela execução da técnica de sepultamento radicular e seus benefícios.

A técnica de sepultamento radicular foi usada em função da impossibilidade de aproveitamento de dentes por meio de conduta conservadora e restauradora. Após a exodontia desses dentes comprometidos, é esperada uma perda de volume ósseo que pode comprometer reabilitações protéticas posteriores; por outro lado, o sepultamento radicular promove a manutenção de volume tecidual (LANGER, 1994), promovendo crescimento tecidual sobre a raiz residual desgastada na altura da crista óssea alveolar. O crescimento gengival ocorre após 2 a 4 semanas, quando o

organismo produz uma quantidade suficiente de tecido mole para cobrir a raiz "sepultada". (NEVES, 2006)

Neste ponto, cabe destacar a importância tratamento ortodôntico em suporte à reabilitação oral. É fundamental estabelecer um relacionamento oclusal fisiológico que garanta um equilíbrio do sistema estomatognático, incluindo-se aí a oclusão dentária, a articulação temporomandibular e o sistema neuromuscular (MCNAMARA, 1977 apud CREPALDI et al., 2001). Com o planejamento interdisciplinar aqui exemplificado, a ortodontia se fez presente ao longo do tratamento ao proporcionar um meio de provisionalização sem suporte mucoso (um mantenedor estético no espaço edêntulo) em paralelo à movimentação ortodôntica para alinhamento e nivelamento.

A frenectomia, cirurgia na qual se remove o freio labial ou lingual, deve ser realizada em pacientes nos quais o freio se encontra com sua inserção fora da posição fisiológica habitual, dificultando assim a fonação, alimentação e estética. A cirurgia é realizada objetivando a eliminação do excesso de tecido e a redução da tensão dos tecidos gengivais marginais para restabelecer a anatomia da região. Assim, busca-se manter ou criar condições para a recuperação da estética e da saúde do periodonto (CAVALCANTE et al., 2009). No caso em tela, a frenectomia foi realizada como etapa preparatória à enxertia óssea com a intenção de evitar o tensionamento do tecido mole que viria a recobrir a área enxertada.

Mesmo com a preservação dos tecidos duros obtida por meio do sepultamento radicular, houve necessidade de enxertia óssea no caso aqui relatado, de forma a garantir o volume ósseo suficiente para a instalação dos implantes osseointegráveis. A estratégia de enxertia óssea escolhida foi de regeneração óssea guiada para ganho de volume horizontal com uso de um substituto ósseo xenógeno e uma membrana absorvível de colágeno bovino.

Após o sucesso dos procedimentos anteriores e em meio ao tratamento ortodôntico, foi realizada a cirurgia de instalação dos implantes dentários para reabilitação funcional e estética da área, tendo sido reconstituída a estrutura óssea compatível com a estabilidade inicial e, conseqüentemente a osseointegração (ESPOSITO, et al. 2004). A colocação de implantes em áreas com quantidade óssea reduzida pode ser inviável e, quando realizada, costuma provocar grandes defeitos funcionais e estéticos após a instalação da coroa protética. De fato, a insuficiência de volume ósseo perimplantar é o problema clínico mais comum nas reabilitações implanto-suportadas e indica necessidade de enxertia óssea (KAMAL, et al. 2009).

Apesar dos altos índices de sucesso terapêutico, as restaurações implanto-suportadas não podem ser consideradas similares aos dentes naturais (NAERT et al., 1992). Zhiyong et al. (2004), por sua vez, relatam que os implantes osseointegrados estão rigidamente fixados em osso e, por consequência, movem-se até 11 vezes menos em direção apical se comparados a dentes naturais. Vale ressaltar que, apesar das diferenças entre dentes naturais e implantes, o paciente do presente trabalho não relata diferenças significativas do ponto de vista de propriocepção na oclusão estática e dinâmica, sentindo-se extremamente satisfeito com a reabilitação implanto-suportada que lhe foi oferecida.

Cabe salientar que o paciente fez uso, ao longo de todo o tratamento, fez uso de próteses provisórias. Essas próteses permitem que o cirurgião-dentista ofereça a seu paciente uma reabilitação temporária estável durante a fase de cicatrização pré-osseointegração ou de manejo dos tecidos moles, ao mesmo tempo em que evita a perturbação de áreas enxertadas ou que receberam implantes recentemente. Essas próteses provisórias possibilitam manter a dimensão vertical (PETRUNGARO, 2000), e podem ser também instaladas com a finalidade de formar o perfil de emergência ou buscar a formação de papila interdental e fechamento de “*black spaces*”. O contorno dos tecidos moles orientado por próteses provisórias se dá por meio da pressão nesses tecidos, gerando isquemia e promovendo proliferação tecidual com possível fechamento dos “*black spaces*” por meio da formação de papila interdental vestibular, palatina ou completa (ZAVANELLI, 2004). No caso relatado, inicialmente foram usados dentes de estoque mantidos pelo fio ortodôntico. Após a reabertura dos implantes e instalação de pilares de cicatrização (pilar de cicatrização cônico 3.6 mm, Straumann), os implantes receberam provisórios rosqueados com o intuito de desenvolver o tecido mole e a estética rosa.

As coroas provisórias podem também ser utilizadas para ancoragem ortodôntica. Embora os implantes convencionais possuam limitações quando usados para ancoragem ortodôntica, é possível obter-se um bom resultado clínico em muitas situações (GRAY e SMITH, 2000). No caso em tela, a ancoragem ortodôntica proporcionada pelos implantes (então já osseointegrados) permitiu uma boa finalização ortodôntica.

De acordo com relatos do próprio paciente, o procedimento menos desconfortável foi a frenectomia, e o mais preocupante a cirurgia de instalação dos implantes, particularmente devido à presença dos sons de motores e à pressão sentida durante a instalação dos implantes. Porém, nos momentos pós-cirúrgicos,

aquele que sobreveio aos sepultamentos radiculares por ser a primeira experiência de recuperação cirúrgica, somando-se a isso a ausência temporária dos incisivos centrais superiores. O relato relaciona-se às dificuldades alimentares devido à apreensão associada à recuperação e ao receio de “falhar” em seus “deveres” como paciente. Também relata que a regeneração óssea produziu o pós-operatório mais doloroso e desconfortável, marcado pelo edema e pela dor pós-operatória moderada nos 2 primeiros dias.

Na condição de graduando de Odontologia, o paciente, ao revisar a documentação clínico-radiográfica de seu caso, encontrou uma informação que não lhe foi repassada pelo profissional responsável pelo primeiro tratamento ortodôntico a que foi submetido: naquele momento, com base no laudo radiográfico, já havia a suspeita de reabsorção inflamatória interna nos dentes traumatizados. No referido laudo sugeria-se a inspeção clínica e acompanhamento, mas, infelizmente, as lesões foram diagnosticadas tardiamente, quando já provocavam sintomatologia dolorosa e sangramento gengival. Tais sinais e sintomas foram justamente os motivadores da busca pelo tratamento odontológico relatado neste trabalho.

4 CONCLUSÃO

Com o relato de caso foi possível revisar brevemente o protocolo de urgência no atendimento às lesões dentoalveolares, particularmente a luxação intrusiva associada à fratura do processo alveolar. Além disso, foi possível apreciar o planejamento e execução multidisciplinar da reabilitação oral em um caso complexo.

É importante ressaltar que um protocolo de urgência não deve ser classificado como efetivo apenas por sua capacidade de manutenção do dente em função. Embora não tenha sido possível manter os incisivos centrais traumatizados no caso relatado, a manutenção destes no momento do trauma permitiu que os dentes se mantivessem em função até a idade adulta, quando o paciente, normalmente, possui mais opções de reabilitação definitiva.

Também vale destacar a satisfação do paciente - que se mostrou evidente face à melhora funcional e estética do sistema estomatognático – e contribuiu para a recuperação da autoestima e do enfrentamento da sequela psicológica associada trauma dentoalveolar ocorrido na infância.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. H. et al. Intrusive Luxation: a case report. **Dental Traumatology**, v.23, p.307-312, 2007.
- ANDREASEN, J. O. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1298 cases. **Scand J dent Res**, v. 78; p. 329-342, 1970.
- ANDREASEN, J. O. Luxation of permanent teeth due to trauma: a clinical and radiographic follow up study of 189 injured teeth. **Scand J Dent Res**, v.78, p. 273-286, 1970.
- CAVALCANTE, J.A. et al. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v.27, n.3, p.290-294, 2009.
- CREPALDI, M. V. et al. Ajuste Oclusal em Ortodontia. **Revista Faipe**, v. 1, n. 2, p. 38-46, 2017.
- DALE, R. A. Dentoalveolar trauma. **Emerg Med Clin North Am**, v.18, n.3, p.521-539, 2000.
- DEWHURST, S.N. et al. Emergency treatment of orodental injuries: a review. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.36, n.3, p.165-175, 1998.
- ESPOSITO, M. et al. Interventions for replacing missing teeth: maintaining health around dental implants. **Cochrane Database Syst Rev**, v.3, p.21, 2004.
- FLORES, M.T et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, v.28, n.6, p.2-12, 2012.
- GRAY, J; SMITH, R. Transitional implants for orthodontic anchorage. **J. Clinical Orthodont**, v. 34, n. 11, p. 659-666, 2000.
- KAMAL, D. et al. Outcome of oral implants after autogenous bone reconstruction. **Rev Stomatol Chir Maxillofac**, v.110, n.2, p.86-88, 2009.
- LANGER, B. Spontaneous in situ gingival augmentation. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v.14, n.6, p.524-535, 1994.
- NAERT, I. et al. A six-year prosthodontic study of 509 consecutively inserted implants for the treatment of partial edentulism. **J Prosthet Dent**, v.67, p.236-245, 1992.
- NEVES, J.B. **Estética em Implantodontia: Uma Abordagem dos Tecidos Moles e Duros**. São Paulo: Editora Quintessence, 2006.
- PETRUNGARO, P. Reconstruction of severely resorbed atrophic maxillae and management with transitional implants. **Implant Dentistry**, v. 9, n. 3, p. 271-276, 2000.
- VON ARX, T. Deciduous tooth intrusions and odontogenesis of the permanent teeth. **Quintessence Int.**; v.31, n.6, p.377-384, 2000.
- ZAVANELLI, A.C et al. Condicionamento gengival. **Revista Ibero-americana de Prótese Clínica & Laboratorial**, v.6, n.32, p.357-363, 2004.

ZHIYONG, L. et al. The influence of prothesis designs and loading conditions on the stress distribution of tooth-implant supported prostheses. **Bull Tokyo Dent Coll**, v.45, n.4, p.213-221, 2004.